

CARTA DEL PADRE/TUTOR (PARA NIÑOS DIFERENTES A LOS PROPIOS DEL PROVEEDOR) QUE ASISTEN A HOGARES DE CUIDADO FAMILIAR DE NIÑOS (FFY 2015, rev. 4/14)

Nombre del Proveedor	Número del Proveedor
----------------------	----------------------

Estimado Padre/Tutor:

Su(s) hijo(s) está(n) inscrito(s) en los servicios de cuidado de niños con el proveedor que se menciona arriba. Este proveedor ha sido aprobado para recibir financiamiento por alimentos servidos a los niños. El financiamiento proviene del Departamento de Agricultura de Estados Unidos (USDA por sus siglas en inglés) y el Programa de Alimentos de Cuidado de Niños y Adultos (CACFP, por sus siglas en inglés).

(*NOMBRE de la ORGANIZACIÓN PATROCINADORA*) ha sido aprobada por el Departamento de Instrucción Pública de Wisconsin para distribuir reembolsos por alimentos de parte del USDA.

Su proveedor realiza el cuidado de niños en un área sin necesidades económicas según la definición del USDA. Se pagará un reembolso más alto al proveedor por los alimentos servidos a los niños de familias cuyos ingresos son iguales o menores que el nivel que se muestra en la escala de tamaño e ingresos de la familia que se muestra abajo o que sean aprobados para recibir beneficios de uno o más de los programas mencionados más abajo. Se pagará un reembolso menor por los alimentos servidos a los niños que no han sido aprobados como elegibles económicamente. Con el fin de determinar qué nivel de reembolso por alimentos debe pagarse por los alimentos servidos a su(s) hijo(s), por favor, complete la Declaración de Tamaño e Ingresos de la Familia que se adjunta y devuélvalo a su proveedor de hogar de cuidado para niños o a:

<i>Nombre de la Organización Patrocinadora</i>	<i>Dirección</i>	<i>Ciudad, Estados, Zip</i>
--	------------------	-----------------------------

Usted no está obligado a completar esta Declaración del Tamaño e Ingresos de la Familia para que sus hijos participen en el CACFP. La información se mantendrá estrictamente confidencial dentro de la organización patrocinadora y las correspondientes agencias gubernamentales. (*NOMBRE de la ORGANIZACIÓN PATROCINADORA*) no tiene permitido compartir la información proporcionada en esta Declaración del Tamaño e Ingresos de la Familia ni la correspondiente determinación de elegibilidad.

Tamaño de la Familia Nivel de Ingresos Anuales (igual o menor que)

Escala de Tamaño e Ingresos de la Familia
(A partir del 1 de julio de 2014 al 30 de junio de 2015)

1	\$21,590.00
2	\$29,101.00
3	\$36,612.00
4	\$44,123.00
5	\$51,634.00
6	\$59,145.00
7	\$66,656.00
8	\$74,167.00
Por cada miembro adicional de la familia, sume	+ \$7,511.00

Las familias un ingreso total menor o igual a los estándares de elegibilidad indicados en la anterior tabla serían elegibles para recibir mayores tasas de reembolso. Las familias con miembros que queden desempleados son elegibles para recibir tasas de reembolso mayores por cada comida durante el período de desempleo, siempre y cuando la pérdida de ingresos haga que el ingreso de la familia durante el período de desempleo esté dentro de los estándares de elegibilidad para dichas comidas.

Cuando se establezca la elegibilidad por el tamaño e ingresos de la familia, una Declaración completa del Tamaño e Ingresos de la Familia debe incluir: (a) los nombres de todos los miembros de la familia incluyendo el nombre del niño inscrito; (b) los últimos cuatro dígitos del número de seguridad social del adulto miembro de la familia que firma la Declaración del Tamaño e Ingresos de la Familia o una indicación de que no se dispone de un número de seguro social; (c) los ingresos familiares recibidos por cada miembro de la familia identificando la fuente de ingresos y con qué frecuencia se recibe de cada fuente; y (d) la firma de un adulto miembro de la familia y la fecha de la firma.

La participación de su familia en uno o más de los siguientes programas permitirá incluir las comidas servidas a su(s) hijo(s) en tasas de reembolso mayores:

- FoodShare Wisconsin (**# de 10 o 16 dígitos**)
- Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés) (**# de 9 dígitos**)
- WIC
- Asistencia Temporal
- Wisconsin Works (W Beneficios en Efectivo de W-2), incluyendo:
 - Trabajo de Prueba (**# de 10 dígitos**)
 - Trabajo de Servicio Comunitario (CSJ, por sus siglas en inglés) (**# de 10 dígitos**)
 - Cuidador de un Bebé (**# de 10 dígitos**)
 - Transición W-2 (W-2T) (**# de 10 dígitos**)
 - Embarazo de Riesgo (ARP, por sus siglas en inglés) (**# de 10 dígitos**)
- El Programa de Asistencia Alimenticia de Emergencia (TEFAP, por sus siglas en inglés)
- Almuerzo/Desayuno Gratis o Descontado en la Escuela (NSLP/SBP, por sus siglas en inglés)
- Otros productos pendientes de aprobación

Para ser elegible automáticamente para tasas de reembolso más elevadas por su participación en uno o más de los Programas que se mencionan arriba, una Declaración completa del Tamaño e Ingresos de la Familia debe incluir: (a) el nombre del niño inscrito; (b) el correspondiente número de caso del Programa; y (c) la firma de un adulto miembro de la familia y la fecha de la firma. **NO incluye números de Medicaid, SSI, o Asistencia W-2 para Cuidado para Niños.**

Si su(s) hijo(s) está(n) inscrito(s) en un hogar de cuidado de niños de nivel II, y es miembro de una familia que participa en un programa de cuidado de niños u otro programa de beneficios del gobierno federal o estatal con un límite de elegibilidad de ingresos que no supere el nivel de elegibilidad para comidas gratuitas o a precios reducidos (o las tasas de reembolso más altas), una de las dos formas de documentación puede estar en los archivos de la organización patrocinadora junto con la Declaración completa del Tamaño e Ingresos de la Familia para poder acceder para las tasas de reembolso más altas: (1) puede presentar la documentación que incluya los nombres de el/los niño(s) inscrito(s), el nombre del programa aplicable, el correspondiente número de caso (si el programa utiliza números de casos) y la firma de un adulto miembro de la familia y la fecha de la firma; (2) Si la organización patrocinadora o el hogar de cuidado de niños posee esta información del Programa, la documentación oficial de la participación de su familia en el correspondiente Programa debe estar radicada en la organización patrocinadora.

Hijos adoptivos temporales: las comidas servidas a los hijos adoptivos son elegibles para el reembolso independientemente de los ingresos de la familia. Si usted está solicitando reembolso por un niño adoptivo temporal que vive en su hogar, puede completar una Declaración independiente del Tamaño e Ingresos de la Familia para el hijo adoptivo temporal o incluir al hijo adoptivo temporal como un miembro de la familia en la misma Declaración del Tamaño e Ingresos de la Familia donde incluya a los hijos que no son adoptivos temporal. Con el propósito de determinar los ingresos para los hijos adoptivos temporales, solo deberán incluirse los siguientes fondos: los fondos recibidos de una agencia de bienestar social que puedan ser identificados para el uso personal del niño o dinero recibido personalmente de cualquier fuente.

Si su ingreso familiar está por encima del monto indicado anteriormente para el tamaño de la familia y no recibe beneficios de uno o más de los Programas, por favor, indique **NO APLICA** en la Declaración del Tamaño e Ingresos de la Familia y devuélvala a (*NOMBRE de la ORGANIZACIÓN PATROCINADORA*).

USO DE LA DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN: A menos que proporcione un número de caso SNAP, FDPIR o Beneficios en Efectivo de W-2, esta solicitud se refiere a un hijo adoptivo temporal, o a menos que proporcione una Declaración Head Start de verificación de la elegibilidad de ingresos por sus hijos, la Ley Nacional de Almuerzo Escolar Richard B. Russell exige que el adulto miembro de la familia que firme la Declaración del Tamaño e Ingresos de la Familia deba reportar los últimos cuatro dígitos de su número de seguro social en la Declaración del Tamaño e Ingresos de la Familia. Si el adulto miembro de la familia que firme la Declaración del Tamaño e Ingresos de la Familia no tiene un número de seguro social, debe indicar dicha condición en la Declaración del Tamaño e Ingresos de la Familia. La inclusión de los últimos cuatro dígitos del número de seguro social no es obligatoria, pero si no se suministra, o no se indica que el adulto miembro de la familia que firma la Declaración del Tamaño e Ingresos de la Familia no tiene dicho número, la Declaración del Tamaño e Ingresos de la Familia no puede ser aprobada. Los últimos cuatro dígitos del número de seguro social pueden usarse para identificar al miembro de la familia cuando procedamos a verificar la validez de la información declarada en la Declaración del Tamaño e Ingresos de la Familia, para una adecuada administración y ejecución de los Programas de Nutrición para Niños. Su Información de elegibilidad suministrada en la Declaración del Tamaño e Ingresos de la Familia puede ser compartida con auditores o revisores del programa y funcionarios encargados de hacer cumplir la ley con el fin de investigar violaciones a las reglas del programa.

La información de elegibilidad para comidas gratuitas y a precios reducidos para niños puede ser compartida con otras agencias estatales y otros programas de Nutrición para Niños sin notificación previa. Si usted es clasificado como elegible para el Nivel 1, sus hijos también pueden recibir seguro médico gratis o a precio reducido a través de Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños del Estado (BadgerCare). Debido a que el seguro médico es tan importante para el bienestar de los niños, **la ley nos permite informar a Medicaid y a BadgerCare que las comidas de sus hijos son reembolsadas a las tasas más altas del Nivel 1, a menos que usted nos pida que no lo hagamos.** Medicaid y BadgerCare solo usan la Información para identificar a los niños que pueden ser elegibles para sus programas. Los funcionarios del programa pueden contactarle para pedirle que inscriba a sus hijos. (El completar la Declaración del Tamaño e Ingresos de la Familia no inscribe automáticamente a sus hijos en el seguro médico). **Si no quiere que compartamos su Información con Medicaid o BadgerCare, por favor, notifíquenos por escrito. (Dicha notificación no afectará el reembolso de las comidas de sus hijos según las tasas del Nivel 1 o el Nivel 2).**

El Departamento de Agricultura de Estados Unidos prohíbe la discriminación contra sus clientes, empleados y solicitantes de empleo basada en la raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalia y, según sea el caso, por creencias políticas aplicables, estado civil, situación familiar o parental, orientación sexual, o porque la totalidad o parte del ingreso de un individuo se derive de algún programa de asistencia pública, o por información genética protegida en el empleo o en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el departamento. (No todas las causas de prohibición se aplican a todos los programas o actividades de empleo). Si desea presentar una queja por discriminación al programa de Derechos Civiles, complete el *Formulario de Quejas por Discriminación del Programa del USDA*, que encontrará en Internet en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html o en cualquier oficina del USDA, o llamando al (866) 632-9992 para solicitar el formulario. También puede escribir una carta que contenga toda la información solicitada en el formulario. Envíenos su formulario de queja completo o la carta, por correo al Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, por fax al (202) 690-7442 o por correo electrónico a program_intake@usda.gov. Las personas sordas, con problemas de audición o con discapacidad del habla pueden contactar al USDA mediante el Servicio de Retransmisión Federal en el (800) 877-8339 o al (800) 845-6136 (Español). El USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

Si tiene preguntas, por favor, no dude en llamar al (*NOMBRE Y TELÉFONO*).

Firma y Cargo del Representante de la Organización Patrocinadora

PROGRAMA ALIMENTICIO PARA EL CUIDADO DE NIÑOS Y ADULTOS

Fecha de Recepción por el Patrocinador _____

DECLARACIÓN DEL TAMAÑO E INGRESOS DE LA FAMILIA (FFY 2015, rev. 4/14)

Un miembro adulto de la familia debe completar y regresar este formulario a la organización patrocinadora o a su proveedor de hogar de cuidado de niños.

Nombre(s) y Apellido(s) de el/los Niño(s) Inscrito(s)	Organización Patrocinadora	Nombre/Número del Proveedor
---	----------------------------	-----------------------------

PARTE 1: BENEFICIOS

Si algún miembro de su familia recibe actualmente ayudas de FoodShare Wisconsin, Beneficios en Efectivo de Wisconsin Works, el Programa de Distribución de Alimentos para Reservas Indígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés), WIC, Asistencia Temporal o el Programa de Asistencia Alimenticia de Emergencia (TEFAP, por sus siglas en inglés), **mencione el nombre del programa y el número de caso en el espacio provisto abajo.** Las familias elegibles para los Programas de Almuerzo o Desayuno Escolar Nacional de Comidas Gratuitas o a Precio Reducido en la Escuela deben adjuntar una copia de la carta de determinación de la escuela en vez del número de caso.

Complete la PARTE 3 y devuélvalo a la oficina del centro. No complete la PARTE 2.

Si nadie recibe estos beneficios, pase a la PARTE 2.

Nombre del Programa: _____ Número de Caso/Número de Tarjeta Quest: _____

PARTE 2: TOTAL TAMAÑO DE LA FAMILIA E INGRESOS

- Mencione a todos los miembros de la familia, incluyéndose usted mismo y a todos los niños.
- Mencione todos los ingresos brutos (antes de deducciones o impuestos, seguro social, etc.) enfrente del nombre de la persona que lo recibe. (Los miembros de la familia que sean trabajadores independientes deben reportar ingresos netos). Marque la casilla para la frecuencia con que se recibe. Registre cada ingreso una sola vez.
Si mencionó un número de caso en la Parte 1, no debe proporcionar información de ingresos.

1) Nombre Completo	Marque si es hijo adoptivo temporal	2) Ingresos brutos y con qué frecuencia se reciben												Todos los demás ingresos recibidos el mes pasado (indicar la frecuencia)	Marque si no tiene ingresos			
		Ingresos del trabajo antes de deducciones	Semanalmente	Cada 2 semanas	Mensualmente	Anualmente	Pagos de bienestar social, Manutención de hijos, o Pensión alimenticia	Semanalmente	Cada 2 semanas	Mensualmente	Anualmente	Pensiones, Retiro, Seguro Social, SSI, Beneficios para Veteranos	Semanalmente			Cada 2 semanas	Mensualmente	Anualmente
(Ejemplo) Jane Smith		\$200.00	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$150.00	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$100.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	\$200.00 <i>l</i>	
	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ /___	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ /___	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ /___	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ /___	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ /___	<input type="checkbox"/>

PARTE 3: TODAS LAS FAMILIAS

Recolección de datos de origen étnico y raza – Completarla es opcional

De acuerdo con la ley federal, este centro debe hacer las siguientes dos preguntas sobre origen étnico y raza. Sus respuestas son estrictamente para reportes estadísticos y no tendrán efecto sobre la determinación de elegibilidad para beneficios. **Por favor, responda las dos preguntas.**

¿EL/LOS PARTICIPANTE(S) INSCRITO(S) ES/SON HISPANO(S) O LATINO(S)? Sí, Hispano o Latino No, ni Hispano ni Latino

SELECCIONE UNA O MÁS DE LAS SIGUIENTES CATEGORÍAS QUE SE APLICAN A EL/LOS PARTICIPANTE(S) INSCRITO(S):

Nativo Americano o Nativo de Alaska Negro o Afroamericano Blanco Asiático Nativo de Hawái u Otras Islas del Pacífico

FIRMA DEL ADULTO MIEMBRO DE LA FAMILIA Y ÚLTIMOS CUATRO DÍGITOS DEL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (SS#)

Si se completa la Parte 2, el adulto que firme el formulario debe mencionar los últimos cuatro dígitos de su Seguro Social o marcar "Ninguno" si no tiene SS#

CERTIFICO: Que la anterior información es cierta y correcta y que todos los ingresos fueron reportados. Entiendo que esta información se suministra para recibir fondos federales, que los funcionarios de la agencia pueden verificar la información en este formulario y el hecho de suministrar información falsa de manera deliberada puede llevar a procesos legales de acuerdo a las leyes federales y estatales que sean aplicables.

____ Coloque sus iniciales aquí si desea permitir que el proveedor mencionado arriba reciba el formulario de ingreso completo y que lo transmita a la Organización Patrocinadora indicada arriba. El proveedor mencionado arriba no revisará su formulario.

Firma del Adulto Miembro de la Familia	Fecha de la Firma Mes/Día/Año	Últimos 4 dígitos del SS# (o marque "Ninguno" si no tiene SS#)
		***-**-____ <input type="checkbox"/> Ninguno

PARA USO ÚNICO DE LA ORGANIZACIÓN PATROCINADORA – Todas las 3 secciones y la Fecha de Vigencia deben completarse

<p>1) Bases para determinar la elegibilidad</p> <p>Tamaño de la familia _____ <input type="checkbox"/> Elegible automáticamente para Nivel 1</p> <p><input type="checkbox"/> Ingresos Totales \$ _____ / _____</p>	<p>2) Determinación de elegibilidad</p> <p><input type="checkbox"/> Elegible para Nivel 1</p> <p><input type="checkbox"/> Elegible para Nivel 2</p>	<p>3) Iniciales del oficial que hace la determinación y fecha de aprobación</p> <p>_____</p> <p>Fecha de vigencia de la determinación</p> <p>_____</p>
---	--	--

Utilice los siguientes factores de conversión para determinar los ingresos anuales solo si se reportan múltiples frecuencias de pago: Ingresos Semanales x 52 = Ingresos Anuales. Cada 2 semanas de ingresos x 26 = Ingresos Anuales. Ingresos recibidos dos veces al mes x 24 = Ingresos Anuales. Ingresos Mensuales x 12 = Ingresos Anuales.

Este formulario vence un año después de la fecha de vigencia elegida por la el patrocinador, tal como se indica en su solicitud en línea para el CACFP.